

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 27

TUBERCULOSE RÉNALE

ET

MAL de POTT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel ZUMBIEHL

né à NANCY (Meurthe-et-Moselle) le 24 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

TUBERCULOSE RÉNALE ET MAL DE POTT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 27

TUBERCULOSE RÉNALE

ET

MAL de POTT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel ZUMBIEHL

né à NANCY (Meurthe-et-Moselle) le 24 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, président ; ROCHET, assesseur ;
THÉVENOT Léon et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA TANTE

Je lui dois tout. Elle fut pour moi une mère. Puisse ce modeste travail lui témoigner ma profonde affection et lui dire ma reconnaissance infinie pour tant de sacrifices consentis à mon intention.

A MON ONCLE

A MON FRÈRE ET AUX SIENS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

*Professeur de Clinique Urologique à la Faculté de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux*

Nous lui adressons nos remerciements
pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre
thèse qu'il a inspirée.

Nous lui exprimons notre vive reconnaissance
pour l'accueil bienveillant
qu'il nous a toujours fait et pour les
conseils qu'il ne nous a pas ménagés.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES

DES HOPITAUX ET DES FACULTÉS

DE PARIS ET DE LYON

TUBERCULOSE RÉNALE ET MAL DE POTT

INTRODUCTION

La localisation primitive du bacille tuberculeux sur le rein est exceptionnelle. Quand on parcourt la littérature si riche concernant la tuberculose rénale et qu'on s'attache, dans les observations publiées, à examiner les antécédents des malades atteints de cette affection, on est vite convaincu de cette rareté. Si dans quelques cas, en effet, les antécédents sont muets quant à l'infection tuberculeuse, le plus souvent ils révèlent une atteinte antérieure, plus ou moins discrète, de l'organisme par le bacille de Koch. On ne saurait, d'ailleurs, que difficilement concevoir ce bacille introduit par une porte quelconque, arrivant directement au rein et s'y localisant. Il est plus facile, au contraire, d'admettre que le bacille tuberculeux venu d'une de ces lésions si fréquentes chez le jeune individu, est entraîné plus tardivement par le torrent circulatoire et amené au niveau de la glande rénale. Il semble que l'on puisse admettre, à la suite de nombreuses expériences de laboratoire, qu'une inoculation massive produit, en général, des lésions de néphrite tuberculeuse, alors qu'un apport discret de bacilles crée plutôt des lésions chirurgicales. Cette atteinte primitive de l'orga-

nisme est facile à déceler dans la plupart des cas et se retrouve dans beaucoup d'observations. On trouve le plus souvent des lésions pulmonaires, ayant évolué jadis ou bien en pleine activité. Les auteurs citent des chiffres considérables. Rafin, sur 150 malades néphrectomisés, a constaté dix-huit fois des lésions siégeant sur le poumon; Gérard rapporte 56 observations avec huit fois une atteinte pleuro-pulmonaire; Geipel (de Dresde), sur 36 cas de tuberculose rénale, aurait rencontré trente-quatre fois une localisation pulmonaire. Mais en dehors de ces lésions de l'appareil respiratoire, on peut trouver, dans les antécédents des malades, des adénopathies cervicales, par exemple, ou un lupus, une arthrite bacillaire ou une lésion osseuse. C'est ainsi que Rafin chez 150 opérés rencontrait en dehors de la sphère génitale des lésions tuberculeuses anciennes et refroidies siégeant huit fois sur les os; que Gérard, dans son excellent travail, relevait quatre fois une localisation ostéo-articulaire; que Geipel signalait 11 cas de tuberculose osseuse sur ses 36 malades (ce qui lui donnerait le chiffre de 30 %); que sur 25 cas, Pagès aurait constaté sept fois des traces de lésions ostéo-articulaires. On peut donc admettre qu'en moyenne sur 100 cas dans lesquels on retrouve une lésion bacillaire antérieure à la tuberculose rénale, on se trouve douze ou quinze fois en présence d'une tuberculose osseuse.

Or, parmi les lésions tuberculeuses des os, il faut faire une grande place à la carie des corps vertébraux. Notre attention fut attirée, par notre maître, M. le Professeur Gayet, sur la coexistence d'une tuberculose rénale et d'un mal de Pott. Cette question nous parut intéressante et nous entreprîmes ce travail pour essayer d'étudier les

rapports pouvant exister entre ces deux localisations du bacille de Koch.

Nous avons essayé de donner une idée d'ensemble de la question en nous efforçant de tirer des quelques observations qu'a bien voulu nous confier M. le Professeur Gayet et de quelques cas recueillis dans la littérature, les enseignements qui s'en dégagent.

Dans cette courte étude des rapports existant entre le mal de Pott et la tuberculose rénale, nous adopterons un plan simple :

Après avoir établi la fréquence de cette coexistence, nous envisagerons les différents modes de pathogénie auxquels on peut songer.

Dans les chapitres suivants, nous passerons rapidement en revue les éléments du diagnostic et du pronostic. Enfin, à la suite des observations que nous avons pu réunir, nous exposerons les modes de traitement que nous pouvons offrir au malade.

Fréquence de la coexistence du Mal de Pott et de la Tuberculose rénale

Les cas de coexistence d'un mal de Pott et d'une tuberculose rénale ne manquent pas, on ne peut pourtant pas dire qu'ils soient très fréquents.

Déjà, Rayet, en 1835, écrivait : « L'observation ayant plusieurs fois démontré la coexistence d'une lésion tuberculeuse des reins et des vertèbres, l'existence d'une affection tuberculeuse des reins chez un individu atteint de carie tuberculeuse des dernières vertèbres dorsales ou des dernières lombaires, peut être rendue très probable par un dérangement de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe encore ni paralysie, ni rétention d'urine ».

Il avait, en effet, plusieurs fois constaté cette coexistence tant au cours de sa pratique hospitalière, qu'au cours de maintes autopsies. Plusieurs auteurs ont depuis signalé des cas de tuberculose rénale chez des pottiques, mais tous semblent être frappés par la rareté relative de ces cas. Nous avons relevé un certain nombre d'observations relatant une tuberculose du rein avec lésion anté-

rieure de la colonne vertébrale, et nous allons essayer de nous faire une idée de la fréquence de la coexistence de ces deux localisations du bacille tuberculeux.

Il est très difficile, même pour un service spécialisé, de réunir un nombre de cas suffisant, permettant d'établir une statistique qui ait quelque valeur. Il n'existe guère, d'ailleurs, de statistique de ce genre, la place faite au mal de Pott dans ses rapports avec la tuberculose rénale étant généralement exigüe. Nous nous sommes donc borné à relever dans les statistiques publiées pour néphrectomies, les observations dans lesquelles est signalée parmi les antécédents du malade, l'existence d'un mal de Pott.

C'est ainsi que dans une statistique de 150 néphrectomies de Rafin, nous trouvons 2 cas dans lesquels le malade avait eu autrefois une atteinte des corps vertébraux; Jolly, dans sa thèse, en cite un cas sur 22 observations; Gérard en rapporte un cas sur 73 néphrectomies; Boeckel en mentionne lui aussi un cas sur 64 malades opérés par son maître le Professeur André; nous en trouvons un cas encore dans une série de 19 observations publiées par Braun et Cruet; dans la thèse de Pagès, on rencontre également 2 cas sur 92 interventions.

En nous basant sur ces chiffres, nous arrivons au chiffre d'environ 2 pour 100.

Mais il importe de faire quelques remarques. Tout d'abord, il s'agissait dans tous ces cas de sujets ayant un état général relativement bon, puisqu'ils ont été jugés opérables. La proportion aurait été certainement plus considérable si nous avions tenu compte dans notre sta-

tistique des malades inopérables. Il est, en effet, des malades dont l'état précaire fait éloigner toute idée d'intervention. C'est ainsi, par exemple, que Boeckel signale deux sujets, pottiques depuis l'enfance et que l'on ne put opérer du fait de la bilatéralité des lésions rénales. Quelques malades meurent aussi, avant toute intervention, comme des pottiques, et ce n'est qu'à l'autopsie que la localisation du bacille de Koch sur le rein est constatée. Nous en avons trouvé plusieurs exemples au cours de nos recherches dans la littérature. De là, résultent évidemment des difficultés à établir des chiffres exacts concernant la question qui nous occupe.

Mais il est encore une autre source d'erreurs et de difficultés. Il y a des cas, assez fréquents, où le mal de Pott est latent et passe totalement inaperçu. Au cours de l'examen, on méconnaît la lésion vertébrale, on la méconnaît au cours de l'intervention, et après cette intervention même. Il s'agit, en général, d'adultes ou de vieillards. On sait combien chez ces malades le mal de Pott est susceptible d'échapper à un examen peu approfondi. Contrairement à ce qu'on observe chez l'enfant, chez qui la gibbosité est souvent le premier symptôme, chez l'adulte cette gibbosité est rare et très tardive au cours de l'évolution de la maladie. Au lieu d'être rapide, comme chez les jeunes, cette évolution est lente, insidieuse, se manifestant par des affections dont on ne soupçonne souvent pas la nature. Les altérations des corps vertébraux se présentent, en effet, la plupart du temps sous forme de petits foyers circonscrits, limités, n'atteignant que la surface des vertèbres, et l'on comprend alors que la solidité de la colonne ne soit pendant longtemps pas compromise.

Chez ces malades existent des phénomènes douloureux dus à des névrites par compression des nerfs rachidiens. Ces douleurs sont le plus souvent attribuées au rein, or, si le malade présente des symptômes de tuberculose rénale, elles seront mises sur le compte de cette affection. Ce n'est que l'examen minutieux, attentif de la colonne qui permettrait alors de reconnaître la véritable origine de ces douleurs et l'existence de la carie vertébrale.

Il y a, c'est certain, des cas où une tuberculose rénale coexiste avec un mal de Pott latent. On vient de voir la facilité avec laquelle on peut passer à côté de cette lésion vertébrale. C'est là, croyons-nous, une source importante d'erreur dans l'établissement de notre statistique.

Il arrive, d'ailleurs, que ce mal de Pott méconnu se révèle un jour, à une époque plus ou moins éloignée, chez un individu ayant subi une néphrectomie pour bacillose rénale. Nous en avons trouvé plusieurs cas, en particulier un cas observé à la clinique de notre maître, M. le Professeur Gayet. Il est évident qu'en présence de ces observations on ne peut attribuer à l'intervention sur le rein, l'apparition de la gibbosité révélatrice de la lésion vertébrale. Il s'agit bien certainement d'une carie des corps vertébraux, analogue à celle dont nous parlions plus haut, et dont l'évolution insidieuse s'est continuée après la néphrectomie. On peut penser dans quelques cas, que ce mal de Pott était antérieur à la tuberculose rénale ayant nécessité la néphrectomie, c'est là une hypothèse vraisemblable, étant donnée la lenteur de l'évolution, en général, des lésions du rachis chez l'adulte.

Toutes ces causes d'erreurs étant envisagées, nous croyons pouvoir conclure que la coexistence du mal de

Pott et de la tuberculose rénale est beaucoup plus fréquente que nous n'avions tout d'abord pu l'établir en nous appuyant sur les statistiques dressées après les néphrectomies. Les difficultés signalées nous empêchent d'appuyer fermement notre conviction. Nous estimons, toutefois, qu'il n'est pas exagéré d'évaluer cette coexistence à 4 %; Geipel ne dit-il pas avoir trouvé dix fois la tuberculose vertébrale associée à la bacillose du rein sur 36 de ces malades (27 %) ?

Nous en avons, d'ailleurs, relevé 8 cas sur 150 observations du service de notre maître M. le Professeur Gayet, soit une proportion de 5,3 %.

Pathogénie

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, passer en revue toutes les théories émises au sujet de la pathogénie de la tuberculose rénale; peu de questions furent autant discutées. Nous nous proposons seulement d'examiner celles d'entre elles qui sont susceptibles d'expliquer, chez un pottique, l'envahissement du rein par le bacille de Koch.

Le bacille tuberculeux étant primitivement localisé sur les corps vertébraux, deux voies s'offrent à lui pour arriver au rein :

1° La voie sanguine;

2° La voie lymphatique ou par contiguïté.

1° Le cas particulier qui nous occupe rentre dans le cadre de l'infection hémotogène dans la tuberculose rénale, en général. Emise par Rayer, Smith, Bennet, dès que fut reconnue l'existence d'une tuberculose du rein, la théorie sanguine est celle qui est admise actuellement dans la majorité des cas. Ce fut la théorie que soutinrent tout d'abord avec conviction, Cayla, dans sa thèse en 1886, puis Durand-Fardel. Puis vinrent les travaux de Baum-

garten, de Borrel, de Friederich qui arrivèrent à créer expérimentalement des lésions tuberculeuses dans les deux reins en injectant des bacilles de Koch dans l'aorte ou le ventricule gauche d'un animal. Albarran, Noësske montrèrent la présence du bacille dans les capillaires du rein. En 1891, Baumgarten et Albarran avaient pu reproduire des lésions rénales en injectant dans les veines de lapins des cultures pures de bacilles. En 1896, Laroche reprit ces expériences et obtint les mêmes résultats. Plus près de nous, Hansen, en 1903, Bernard et Salomon, en 1907, montrèrent d'une façon irréfutable l'action du bacille de Koch et de ses toxines sur le rein. Il était établi que le bacille, parti d'un point quelconque de l'organisme, pénétrait dans la circulation, dans l'artère rénale, pouvait arriver au glomérule et créer des lésions du parenchyme.

D'ailleurs, à ces preuves expérimentales étaient venues s'ajouter des preuves cliniques. Le fait de trouver des lésions tuberculeuses du rein sans tuberculose vésicale, celui de ne trouver presque jamais de tuberculose vésicale sans qu'une tuberculose rénale ou génitale vienne l'expliquer, constituaient des arguments de haute importance. On vit guérir complètement la tuberculose du rein après la néphrectomie, on vit même régresser et disparaître les complications vésicales et génitales, quand elles existaient, après l'ablation du rein malade. Tout cela emportait la conviction des auteurs. Et puis n'était-ce pas la théorie qui expliquait le mieux l'apparition de lésions du rein chez des malades présentant dans leurs antécédents des manifestations bacillaires, osseuses, ganglionnaires ou même cutanées ? L'anatomie pathologique était

d'ailleurs venue de bonne heure apporter ses preuves. Si bien, que considérée au début comme une rareté, peu à peu, sous l'influence de l'Ecole de Necker et d'Albarran, la théorie hémato-gène s'est imposée et est aujourd'hui universellement admise.

C'est elle, croyons-nous, qu'il faut invoquer dans la majorité des cas de tuberculose rénale survenant chez un pottique.

2° Etant donnés, d'une part, les rapports du rein et du rachis, d'autre, part le mode d'évolution des lésions de la tuberculose vertébrale, il est logique d'envisager la possibilité de l'infection de la glande rénale par contiguïté.

Recouvert en avant par le péritoine, le rein est en rapport en arrière avec la paroi lombaire, dont il est pourtant séparé par sa capsule adipeuse et le feuillet de Zuckerkandl. En haut, il est séparé des dernières côtes et du cul-de-sac pleural par le diaphragme; plus bas, il repose sur le psoas et le carré des lombes qu'il déborde toujours en dehors pour venir se mettre en rapport avec les muscles larges de l'abdomen. Entre le carré des lombes et lui passent des nerfs importants : le douzième intercostal, les deux abdomino-génitaux, qui sont fréquemment le siège de vives douleurs au cours des affections rénales.

Une des caractéristiques du mal de Pott est l'abcès ossifluent, véritable prolongement de la lésion vertébrale. Cet abcès se forme peu à peu; la caverne tuberculeuse creusée dans le corps vertébral s'agrandit, le pus arrive à la surface du rachis, sous le périoste; il se produit

une élimination de petites masses caséuses qui s'accumulent dans une sorte de coque fibreuse formée du périoste doublé du ligament vertébral antérieur. C'est grâce à cette membrane que l'abcès va progresser à travers les tissus qui se trouvent envahis, couche par couche, par de nouveaux follicules partis de sa surface externe.

Venu de la colonne lombaire, un tel abcès peut passer entre les insertions du muscle psoas et venir envahir l'atmosphère cellulaire périnéphrétique (Dénucé), arriver ainsi au contact du rein. Certains auteurs (Tuffier, du Pasquier) ont montré que le plus souvent la capsule fibreuse était pour le rein une barrière de protection. Ces deux auteurs ont vu des reins baignant dans le pus échapper à l'infection. Il est certain aussi qu'en général l'abcès froid fuse le long du rein sans l'attaquer, descendant le long de l'uretère jusque dans la fosse iliaque. Mais il est pourtant des faits qui montrent qu'un abcès par congestion, venu de la colonne lombaire, peut s'ouvrir dans le bassin et amener la tuberculisation du rein. On peut admettre également un envahissement du rein sans communication par une fistule entre la collection purulente et la glande rénale. Monel écrivait : « Il faut se rappeler que le bacille de Koch peut fort bien se transmettre d'un organe à l'autre par simple propagation, sans doute par voie lymphatique ou conjonctivo-vasculaire ».

L'infection du rein par voie lymphatique a toujours été considérée comme de moindre importance, bien qu'elle ait eu, elle aussi, d'ardents défenseurs. Vivement combattue par certains, il est manifeste qu'elle prend une

importance nouvelle quand on se trouve en présence d'une tuberculose rénale survenant chez un sujet ayant présenté un mal de Pott. Rayer, en 1835, l'avait déjà signalée en rapportant plusieurs observations dans lesquelles il avait relevé la coexistence de lésions des vertèbres et du rein. En 1897, Patoir, dans une observation, avait pensé pouvoir en établir la réalité. Tuffier rapporte les cas de Nieden et Fischer, qui ont vu la glande rénale envahie par le processus infectieux consécutivement à une tuberculose des vertèbres lombaires. Collengworth observa un cas où « un abcès froid périrénal envahit le rein et le détruisit en partie ».

De son côté, Guisy aurait rencontré deux fois, au cours d'autopsies, une périnéphrite et une néphrite caséuse qui s'étaient développées à la suite d'une tuberculose vertébrale. « Dans ces deux cas, écrit-il, les poumons, l'intestin, le péritoine, les ganglions et les organes génitaux étaient complètement indemnes de tuberculose et la tuberculose rénale n'a pu se produire probablement que par propagation directe des organes voisins. »

Dans les *Annales* de 1905, Pousson écrivait : « Exceptionnellement, l'envahissement bacillaire du rein peut se faire par continuité de tissus et par l'intermédiaire des lymphatiques dans les cas de périnéphrite tuberculeuse primitive ou encore de mal de Pott lombaire ». Il cite un cas à l'appui, dans lequel le rein semble bien avoir été contaminé par son contact avec un abcès par congestion provenant de lésions tuberculeuses des vertèbres lombaires.

En octobre 1920, Le Fur apportait au XX^e Congrès français d'Urologie, deux observations de tuberculose rénale

consécutives à l'ouverture d'abcès pottique dans le rein (observ. IX, X).

III semble donc découler de ces faits qu'il existe des cas non douteux où l'envahissement du rein résulte bien d'une lésion primitive de la colonne vertébrale. Il y a des observations, nous les avons citées, qui prouvent l'infection du rein par contiguité. Nous devons pourtant reconnaître avec Pousson que ce sont là des cas peu fréquents. Le plus souvent, la relation entre les deux localisations du bacille de Koch est beaucoup moins facile à mettre en évidence. L'absence de lésion tuberculeuse dans les organes autres que les vertèbres semble être un argument d'une certaine valeur. Dans ces cas, nous croyons pouvoir conclure avec Boeckel « ... dans la majorité des faits, l'infection tuberculeuse primitive s'est produite au niveau de la colonne vertébrale, puis elle s'est propagée au rein par voie hématogène ».

Diagnostic

Souvent aisé, le diagnostic de coexistence de mal de Pott et de tuberculose rénale offre parfois des difficultés. Il y a deux cas à envisager : ou bien le malade qui vient se plaindre de troubles urinaires présente une déformation nette de la colonne vertébrale, est un pottique avéré; ou bien, rien à un examen rapide n'attire l'attention sur son rachis.

En présence d'un malade chez lequel l'interrogatoire, l'inspection, auront permis de reconnaître l'existence d'un mal de Pott ayant frappé le sujet dans son jeune âge, on aura certainement tendance, devant cette preuve évidente de l'atteinte de l'organisme par le bacille tuberculeux, à songer à la nature bacillaire des troubles urinaires pour lesquels il vient consulter. Si la gibbosité est d'apparition récente, le chirurgien s'efforcera de reconnaître si la lésion est éteinte ou, au contraire, en évolution, il recherchera les abcès par congestion, les points douloureux. Il faut se garder, toutefois, de poser systématiquement le diagnostic de tuberculose rénale en face d'une affection urinaire survenant chez un pottique.

Les phénomènes mictionnels douloureux, la pyurie peuvent, parfois, chez un tel malade être mis en réalité sur le compte d'une cystite calculeuse. Les exemples de concrétion uriques ou oxaliques chez des malades longtemps confinés au lit pour mal de Pott ne manquent pas. Pousson a attiré l'attention sur ce point et présentait, en 1905, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, un jeune homme de 18 ans, immobilisé depuis huit mois pour tuberculose vertébrale dorso-lombaire, ayant expulsé spontanément deux calculs uratiques. Dans les cas de ce genre, la cystoscopie éliminera d'emblée le diagnostic de tuberculose rénale et rattachera les symptômes à leur vraie cause. C'est seulement par un examen complet qu'on sera en droit d'affirmer la tuberculose du rein justiciable d'une intervention. L'urologiste mettra en œuvre : « ... les ressources de la clinique appuyées sur les procédés de laboratoire : histologie, bactériologie, examen fonctionnel, singulièrement facilités eux-mêmes par l'examen instrumental qui, en séparant les urines des deux reins, pourra seul résoudre le diagnostic du côté malade, capital au point de vue chirurgical ». (Braun et Cruet.)

Dans le second cas que nous envisageons, on se trouve en face d'un malade qui ne présente rien d'anormal du côté de son rachis à un examen superficiel et chez lequel toutes les recherches ont permis de diagnostiquer une lésion tuberculeuse du rein. Il est bon, croyons-nous, au cours de l'examen d'un tel sujet de songer au mal de Pott et d'explorer sa colonne vertébrale aussi soigneusement qu'on a l'habitude de le faire pour ses poumons. L'attention du médecin est parfois attirée par la présence

dans le flanc, ou à la région antérieure de la cuisse, d'une tuméfaction offrant les caractères d'un abcès par congestion. On évitera, toutefois, de prendre un abcès périnéphrétique pour un abcès venu de la colonne vertébrale, erreur que nous trouvons signalée dans la thèse de Mme Dalayrac. Il s'agissait d'un jeune médecin qui présentait une tumeur sous le rebord costal gauche. Cette tumeur fut prise pour un abcès froid d'origine vertébrale. On pratiqua des ponctions, un curettage, sans amener grande amélioration. Puis à un second curettage, on tombe sur le rein qui est trouvé tuberculeux et enlevé. A noter que chez ce malade, il n'y avait jamais eu de symptômes pouvant faire penser à une tuberculose rénale.

Il nous a été donné de voir deux cas d'abcès froids avec une tuberculose rénale concomitante, dans le service de notre maître, M. le Professeur Gayet. On pensait au mal de Pott ; chez un de nos malades, le pus venait des dernières côtes. La radiographie fut d'un secours précieux dans l'établissement du diagnostic.

D'autres fois, c'est la palpation attentive de la fosse iliaque ou de l'hypocondre qui a révélé la présence d'un abcès. La ponction en montre la nature; d'où vient cet abcès ? Il peut résulter d'une lésion des dernières côtes, ou de l'os coxal, ou des vertèbres. La palpation, la recherche de la douleur provoquée permettront souvent d'en reconnaître l'origine.

Fréquemment, on ne découvre aucun abcès à l'examen, mais il peut exister d'autres signes permettant de soupçonner la carie vertébrale. C'est une douleur localisée, spontanée, exagérée par la pression et la percussion, sié-

geant au niveau d'une vertèbre ; c'est une contracture des muscles des gouttières vertébrales, limitée à un segment du rachis et que l'on peut mettre en évidence en recherchant la mobilité de la colonne.

Dans d'autres cas, on relève des signes de compression nerveuse. Tel malade se plaindra de douleurs vives en ceinture, dans la région de l'ombilic, tel autre d'une sciatique ou de vagues douleurs abdominales ou lombaires. Ces douleurs offrent souvent les caractères des douleurs radiculaires, s'exagérant par le mouvement, la toux, l'éternuement. Unilatérales, elles seront facilement qualifiées de « rhumatismales » ; bilatérales, elles devront toujours faire soupçonner l'existence possible d'un mal de Pott. On songera évidemment à la tuberculose vertébrale, si le malade, en plus de sa lésion rénale, présente des signes de paraplégie spasmodique.

Mais c'est la radiographie qui permettra d'affirmer le mal de Pott latent, en révélant l'atteinte d'un ou de plusieurs corps vertébraux. Certains symptômes fonctionnels, en effet, les douleurs lombaires par exemple, les irradiations périombilicales ou aux sciatiques, pouvaient trouver leur explication dans l'existence d'une tuberculose rénale seule, bien qu'étant en réalité dans quelques cas sous la dépendance d'un mal de Pott qu'aucun autre signe ne faisait soupçonner. Nous croyons que souvent il y aura intérêt à faire de bonnes radiographies de la colonne lombaire, de face et de profil, certaines lésions des vertèbres n'étant parfois décelables que dans l'une ou l'autre position. Cet examen pourrait d'ailleurs être fait au cours de l'exploration radiologique du rein dont de nombreux urologistes ont reconnu l'utilité.

Dans les quelques observations montrant un mal de Pott latent que nous rapportons, nous n'avons guère relevé de signes cliniques ayant pu faire souger, avant l'intervention, à une lésion de la colonne vertébrale. A peine note-t-on, dans quelques-unes, de violentes douleurs dans l'hypocondre ou dans la région lombaire, ou des symptômes de sciatique. Ces douleurs étaient d'ailleurs mises dans tous les cas sur le compte de la tuberculose rénale. Ce n'est qu'après l'intervention que l'attention est attirée par la persistance des douleurs lombaires ou par des signes de paraplégie.

La gibbosité n'apparaît, dans la plupart des cas, que beaucoup plus tardivement. Nous pensons cependant que, chez tous ces malades, le mal de Pott existait bien avant la néphrectomie et qu'il n'a fait que continuer à évoluer insidieusement. Un examen radiologique pratiqué à temps aurait sans doute montré l'atteinte de la colonne vertébrale et permis d'instituer, dès le début, une immobilisation rationnelle du malade. Ainsi auraient peut-être été évitées ces déformations du rachis survenant plusieurs mois après l'opération, cette évolution d'un mal qui compromet la santé du sujet, au moment où celui-ci pouvait se considérer comme guéri et complètement hors de danger.

Nous insistons donc sur l'importance de la radiographie de la colonne vertébrale chez un malade atteint de tuberculose rénale. Cet examen radiographique seul permettra de pas laisser passer inaperçu une lésion des vertèbres en l'absence de symptômes cliniques. Ceci a une certaine valeur, nous le verrons, au point de vue du pronostic et du traitement. Dans certains cas, la radiogra-

phie renseignera également le chirurgien sur l'état et l'évolution d'un mal de Pott apparu antérieurement ; elle pourra révéler, par exemple, la présence d'abcès froids inaccessibles à l'examen clinique. C'est ainsi que dans une de ses observations, Le Für, pratiquant la radiogra-



Tuberculose rénale avec collection péri-néphrétique
(Injection de lipiodol dans les fistules).

phie de la colonne chez un sujet ayant présenté à 18 ans des symptômes révélateurs d'un mal de Pott et une dizaine d'années plus tard de nouvelles douleurs lombaires et une gibbosité, reconnu à l'écran des lésions des 10^e et 11^e vertèbres dorsales et des ombres qui descen-

daient en dehors de la colonne vertébrale et qu'il interpréta comme des fusées purulentes — ce qui fut d'ailleurs vérifié au cours de l'intervention.

On aura aussi quelquefois avantage à recourir à un procédé utilisé dans le service de notre maître, M. le Professeur Gayet (obs. IV) ; lorsque, par exemple, on se trouve en présence d'un sujet atteint de tuberculose rénale chez lequel on relève, à l'inspection, l'existence de fistules dans la région lombaire ou au niveau de la fosse iliaque, ou encore l'existence d'un abcès froid saillant dans une de ces régions, il y a intérêt à connaître d'une façon certaine l'origine de ces lésions. S'agit-il d'un abcès venant du rein, d'une collection périnéphrétique, ou bien est-on en face de pus descendant des dernières côtes ou de la colonne vertébrale ? Pour résoudre cette question, on pratique dans le trajet des fistules ou dans l'abcès des injections de lipiodol, puis on fait une radiographie qui très souvent donne des renseignements précis. On obtient sur l'image une délimitation nette de la poche en même temps qu'une certitude quant à l'origine de la lésion. C'est un procédé analogue qu'utilisa M. Escat dans un cas de tuberculose rénale avec abcès périnéphrétique fistulisé. (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1923).

Il ne faut pas hésiter à faire des rayons X un usage fréquent, bien souvent l'examen radioscopique déterminera le véritable diagnostic.

Pronostic

Quel pronostic porter en présence d'une tuberculose rénale évoluant chez un pottique ? Quelles seront sa gravité et son évolution ?

Il semble que dans la majorité des cas, le pronostic à porter soit assez sévère. La lecture des observations suffit à montrer que souvent l'atteinte du rein est sérieuse, et que l'état général des malades est gravement touché. Dans nos 19 observations nous relevons 5 décès, soit 28 %.

Si la lésion vertébrale est ancienne et complètement éteinte, l'évolution de la tuberculose rénale sera, à peu de chose près, la même que si le mal de Pott n'avait jamais existé. Mais la santé du malade peut être compromise, en plus de l'affection rénale, par des accidents pulmonaires, assez fréquents chez les bossus, résultant des déformations thoraciques gênant le jeu des poumons et du cœur. De plus, quelquefois l'ancien foyer vertébral que l'on croyait définitivement cicatrisé, est susceptible de se réveiller à un moment donné, à la suite de surmenage, de fatigues, comme nous en avons un exemple dans la première observation de Le Für. Et pourtant, même sans ce

réveil de la carie vertébrale, on peut considérer la tuberculose rénale comme d'un pronostic plus réservé, quand elle apparaît chez d'anciens pottiques guéris. Un certain nombre de sujets sont, en effet, jugés inopérables parce que, d'une part leur état général est précaire, et d'autre part à cause de la bilatéralité de leurs lésions rénales.

En général, la tuberculose rénale est unilatérale, du moins pendant une période assez longue. Desnos et Minet, sur 120 observations auraient trouvé 8 fois des lésions siégeant sur les deux reins, ce qui donnerait une proportion d'environ 6,5 %. Sur 64 néphrectomies, Bœckel aurait rencontré 4 fois des lésions bilatérales, soit 6,2 %. Il semble bien que la bilatéralité soit plus fréquente chez les malades présentant un mal de Pott dans leurs antécédents. Rayet, chez deux malades, trouve les deux reins atteints; Monel fait la même constatation chez son malade; Clément, à l'autopsie de deux sujets morts de mal de Pott, trouve lui aussi les deux reins tuberculeux ; Bœckel rapporte que le Professeur André ne put opérer deux sujets pottiques depuis leur enfance, par suite de la bilatéralité de leurs lésions rénales ; Geipel, de son côté, sur 10 cas de tuberculose rénale chez des malades atteints de lésions vertébrales, constate 3 fois la bilatéralité. D'après les chiffres de ce dernier auteur on aurait donc, dans 30 % des cas chez les pottiques une atteinte des deux reins. Sur les 18 observations que nous rapportons nous trouvons 2 fois les deux reins pris, soit une proportion de 13 %. Il en résulterait donc cette notion, que la bilatéralité des lésions rénales est plus fréquente dans les cas où existe en même temps une tuberculose vertébrale, et on devrait donc porter dans ces cas un pronostic plus réservé.

Lorsque le mal de Pott évolue en même temps que la tuberculose rénale, il est pour l'organisme une nouvelle cause d'affaiblissement. Chez certains malades, il peut d'ailleurs occuper le premier plan, les symptômes urinaires pouvant au début faire défaut, ou être assez légers pour ne pas inquiéter le malade et cela pendant des mois. Ceci constitue un grand danger pour le sujet, qui reste sans défiance et lorsqu'enfin son attention est attirée du côté de son rein, et qu'il vient trouver le chirurgien, la lésion rénale est en général très avancée. L'état général longtemps resté bon, s'altère, le malade s'amaigrit peu à peu, voit ses forces diminuer. Il est alors parfois trop tard pour intervenir efficacement.

D'autres malades meurent comme des pottiques. Rarement ils succombent à un abcès froid comme le malade cité par Rayer, l'abcès par congestion étant rarement abandonné à lui-même. Si cependant ce fait se produit, l'abcès se fistulise, des infections secondaires peuvent s'installer, amenant une suppuration abondante, pouvant entraîner une véritable septicémie. L'état général s'altère rapidement ; le sujet s'achemine vers une cachexie prononcée avec phlébite (Monel) (obs. XII), avec dégénérescence amyloïde de divers organes, foie, reins, entraînant rapidement la mort. La granulie peut d'ailleurs précipiter le dénouement fatal.

D'autrefois, le patient présente des symptômes de paralégie, comme dans un cas rapporté par Rayer : une femme se plaignait de douleurs dans la région lombaire et de faiblesse dans les jambes, depuis quelques mois. La miction était difficile et parfois involontaire ; l'urine était trouble, il existait de la pollakiurie ; la vessie était sen-

sible. L'impotence des membres inférieurs alla en s'accroissant jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva un mal de Pott des derniers dorsales, des méninges épaissies et un étranglement de la moelle; du côté de l'appareil urinaire des lésions tuberculeuses des deux reins, et de la cystite.

Enfin, si le mal de Pott est latent et méconnu, le pronostic est grave encore. On n'a vu chez le malade que les lésions du rein; on pratique l'intervention, mais le foyer rénal supprimé il n'en reste pas moins les lésions des vertèbres dont on ne se méfie pas et qui continuent à évoluer insidieusement. L'état général du malade se relève beaucoup moins rapidement qu'on pouvait l'espérer après la néphrectomie. Le second rein court des risques d'infection par suite de ce foyer latent. Enfin le malade reste sous la menace d'une gibbosité possible, qui révélera le mal quelques mois après l'intervention, sous la menace de complications diverses, abcès, cachexie, compressions médullaires, méningite, etc., d'où l'importance de rechercher et de découvrir, par un examen complet et attentif, la lésion vertébrale cachée, et de faire, en cas de doute, des radiographies de la colonne.

Il est pourtant des cas où, par la néphrectomie et par un traitement rationnel du mal de Pott, on obtient des guérisons ou du moins des améliorations prolongées. Le pronostic de l'affection abandonnée à elle-même est très sévère; cela tient à l'évolution progressive des lésions, à leur extension fatale à tout l'appareil urinaire, et aux complications possibles du mal de Pott. Le diagnostic exact, complet et précoce, suivi d'un traitement approprié, permettront dans bien des cas, de sauver le malade.

Traitement

Que faire en présence d'un malade atteint à la fois au niveau de son rein et de sa colonne vertébrale par le bacille de Kock, quel traitement lui proposer ?

Si le Mall de Pott est ancien, si la lésion est consolidée il ne reste évidemment à traiter que la tuberculose rénale et ce traitement, comme toujours, sera dicté par la gravité des lésions du rein. Au début, à l'apparition des symptômes morbides, il y a de grandes chances que le mal ne soit qu'unilatéral et la néphrectomie, venant débarrasser l'organisme de ce foyer localisé d'infection, sera le traitement de choix. Au contraire, si l'on a trop attendu, soit que le malade n'ait pris peur que tardivement, soit que le diagnostic n'ait pas été assez précoce, il ne faut plus trop songer à une intervention radicale, il faut compter sur une bilatéralité possible des lésions. Cette bilatéralité confirmée, on ne peut dès lors avoir recours qu'à un traitement palliatif, symptomatique, traitement médical qui, le plus souvent, ne fera qu'améliorer passagèrement l'état du malade, prolongera sa vie,

mais n'arrêtera guère l'évolution fatale à une époque plus ou moins éloignée.

Nous ne pouvons ici que passer rapidement en revue l'arsenal thérapeutique dont dispose le médecin, il devra en user largement en tenant compte, toutefois, de la situation sociale de ses malades. C'est tout d'abord à l'hygiène qu'il fera la plus grande place. Il conseillera la vie au grand air, à la campagne ou dans une station comme Berck, Arcachon, Biarritz; il prescrira un repos aussi complet que possible, sur la chaise longue, une alimentation réconfortante, proscrivant énergiquement toute substance susceptible d'amener la congestion du rein (gibier, viandes faisandées, etc.), il surveillera d'ailleurs attentivement le fonctionnement de l'intestin du sujet.

A côté de ces prescriptions hygiéniques, le praticien pourra avoir recours à tous les médicaments utilisés dans le traitement de toutes les formes de tuberculose : huile de foie de morue, arsenic, hectine (Hallopeau), cures d'eaux minérales, bains salés, méthode de recalcification (Ferrier), etc... Cette méthode, défendue par Sergent devant la Société Médicale des Hôpitaux (mai 1906) semble donner des résultats des plus intéressants. Ertzbischoff, qui l'a employée dans le traitement de la bacilliose rénale, prétend avoir obtenu une amélioration très accentuée de l'état général dans des cas où justement l'intervention était devenue impossible par suite des lésions trop avancées des reins.

Enfin, toutes ces dernières années ont paru de nombreux travaux sur le traitement de la tuberculose rénale par diverses tuberculines. Nous attirerons spécialement

l'attention sur le sérum de Spengler, dont de nombreuses observations ont permis de conclure à l'efficacité dans le traitement de la tuberculose du rein. Notre maître, M. le Professeur Gayet a, dans plusieurs cas, obtenu de très bons résultats, grâce à ces « corps immunisants ». Mais le véritable traitement à proposer au malade pris à temps, c'est la néphrectomie, basée sur un examen complet, un diagnostic exact autant que précoce. Cette indication posée, il n'est pas toujours possible d'utiliser la voie d'accès sur le rein, chère aux urologistes, c'est-à-dire la voie lombaire. Cette voie n'est, en effet, praticable que chez les pottiques présentant une forte gibbosité. Chez les malades qui nous occupent, la lésion vertébrale siège le plus souvent au niveau des vertèbres lombaires, or dans le mal de Pott lombaire, la courbure représente un arc d'un rayon souvent plus allongé que dans les autres régions. Le raccourcissement en hauteur du tronc est assez marqué. Si on examine le sujet nu, on voit que ce raccourcissement est causé par la disparition de la paroi abdominale, que le rebord des fausses côtes se rapproche des épines iliaques antérieures et supérieures et que les téguments abdominaux forment un repli plus ou moins profond. Il n'y a plus la place suffisante pour parvenir sur le rein par voie lombaire. C'est ce qui est arrivé à notre maître, M. le Professeur Gayet, dans l'un des cas où il est intervenu, et que nous rapportons (obs. II). Il eut alors recours à la néphrectomie par voie antérieure, parapéritonéale.

Le procédé de Bazy consiste d'abord en une incision transversale tangente à la 12^e côte jusque près de la ligne médiane, à moitié chemin entre l'apophyse xyphoï-

de et l'ombilic. Le deuxième temps comprend l'incision des aponévroses des muscles obliques jusqu'à et y compris la gaine du muscle grand droit ; celle-ci, dès qu'elle est ouverte, est incisée perpendiculairement à la première incision, donc verticalement. Un écarteur est placé sur la lèvre externe du muscle, et celui-ci est récliné vigoureusement en dedans. On peut alors inciser le transverse et le feuillet postérieur du droit qui lui fait suite en respectant le péritoine sous-jacent. A noter qu'une adhérence assez intime unit le péritoine au feuillet du transverse à quelques centimètres en dedans du rebord externe du muscle droit.

Dans un troisième temps, on va décoller le péritoine très en dehors dans la fosse lombaire, avec un tampon et les doigts, jusqu'à ce qu'on soit arrêté par la zone de coalescence dont nous venons de parler. A ce moment, la région rénale est largement découverte.

En cas de mal de Pott en pleine évolution, le traitement doit-il être le même ? A notre avis, il faudra tenir uniquement compte ici de l'état général du sujet. Si cet état général est satisfaisant, il ne sera pas impossible de pratiquer la néphrectomie, à condition toutefois qu'on ait la certitude que l'autre rein est sain. Cela fait, on instituera le traitement de la lésion vertébrale, c'est-à-dire qu'on prescrira au malade l'immobilisation complète. Malheureusement, il arrive fréquemment que l'état général du sujet ne permet pas d'intervenir radicalement sur le rein et qu'on ne puisse supprimer complètement ce foyer tuberculeux. On doit alors, ou s'abstenir de toute opération et mettre tout son espoir dans l'immobilisation et dans le traitement médical, ou bien tenter comme

l'a fait Le Für (obs. X) une néphrotomie pour drainer le foyer purulent.

Si le mal de Pott était latent, qu'on l'ait reconnu au cours d'un examen radiographique, il convient évidemment, après l'ablation du rein, de recommander le repos complet et l'immobilisation. Après le rein, il faut traiter la colonne vertébrale, à cette condition seulement, on apportera au malade une chance de guérir complètement, en le mettant autant que possible à l'abri des nombreuses complications dont il est menacé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

H... Anna, 30 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 30 juillet 1920, venant du service de M. le Professeur Tixier, pour douleurs ressenties au niveau de son rein, du côté gauche. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Dans l'enfance, la malade a eu la rougeole, pas de scarlatine. Elle dit avoir toujours été bien portante; n'a jamais eu de bronchite. Mariée à 18 ans, elle eut une fausse couche peu de temps après, puis, à 19 ans, une petite fille. Les suites de couches furent longues et pénibles; la malade à cette époque, aurait eu dans ses urines de grosses quantités d'albumine.

La maladie actuelle a débuté en avril 1920 par des douleurs au niveau du rein et du côté gauche. Ces douleurs s'installèrent peu à peu, en même temps que les urines devenaient troubles. Il n'y eut jamais d'hématuries. La malade alla consulter et c'est sur les conseils de son médecin qu'elle entre à l'hôpital. Elle aurait perdu 10 kgs depuis quatre mois.

A son entrée, malgré cet amaigrissement, la malade se présente avec un assez bon état général. Elle se plaint surtout de douleurs sourdes, constantes, l'empêchant de sommeiller et siégeant au niveau de la région lombaire gauche. Les mictions sont plus fréquentes la nuit, la malade est obligée de se lever quatre ou cinq fois pour uriner. Les urines sont couleur « bouillon de bœuf », franchement purulentes, laissant un dépôt assez important.

La vessie n'est pas douloureuse à la palpation. On perçoit très nettement le rein gauche, augmenté de volume et douloureux. Le rein droit n'est pas perçu. Rien aux poumons, rien au cœur. Le 31 juillet on pratique une cystoscopie. La vessie a une bonne capacité (150 gr.); la muqueuse est très rouge, on aperçoit quelques squames flottantes. L'orifice urétéral gauche est un peu rouge et tuméfié; celui du côté droit est en parfait état. On fait le cathétérisme avec une sonde 14, jusqu'à 25 centimètres; elle fonctionne mal; on fait un lavage à l'eau bouillie et l'urine commence à s'écouler assez claire, un peu louche cependant; à droite (sonde vésicale) : urines très claires.

Examen des urines :

	Vessie					Rein gauche			
	cc.					cc.			
Volume	10	»	170	»	Volume	10	»	95	»
Urée	17	90	5	76	Urée	3	20	3	07
Na Cl	10	50	3	80	Na Cl	5	50	3	90

Le 7 août. — Depuis trois jours, la malade souffre davantage de son côté gauche; sa température se maintient à 38° matin et soir. Le 9 août on pratique l'intervention : — gros rein adhérent. — Bassinet dilaté, plein de pus et de calculs, se rompt au cours de l'opération. Néphrectomie typique. Drainage.

A l'examen de la pièce, on trouve à la partie supérieure du rein, dans la zone corticale, une série de granulations. Suite d'abord simples. Le 20 septembre, la malade a de la fièvre, présente de l'essoufflement et, à l'auscultation, on trouve les signes d'un petit épanchement à gauche. Une ponction exploratrice pratiquée quelques jours plus tard ramène un liquide citrin, légèrement louche, montrant à l'examen une polynucléose et des microbes banaux peu abondants.

8 novembre. — Depuis deux jours, la malade se plaint de ne pouvoir remuer les deux jambes. On la trouve couchée en « chien de fusil »; elle se plaint de douleurs lombaires et on découvre à l'examen une voussure de la région lombaire. Les jambes ne peuvent être remuées en masse; on note de l'hyperesthésie cutanée des deux membres inférieurs. Rien aux

membres supérieurs. Ni troubles visuels, ni nystagmus, ni raideur de la nuque. Légère céphalée frontale.

Le 12 novembre, la malade a des vomissements assez abondants au moment de l'ingestion des aliments. Les troubles paraplégiques n'ont pas rétrocedé. On note une douleur à la pression au niveau de la 12^e vertèbre dorsale. La malade est mise en position horizontale.

Les jours suivants elle se plaint de douleurs au niveau des pieds. On note une rougeur du talon des deux côtés, très douloureuse, et une tendance à l'équinisme : on soutient les pieds en bonne position. On constate de plus une eschare à la région sacrée. L'état général devient de plus en plus mauvais. La malade tombe dans un état subcomateux. La famille demande à l'emmener, elle sort le 4 décembre.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

B..., 23 ans, vient consulter Monsieur le Professeur Gayet en février 1923, son médecin ayant découvert du pus dans les urines. On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires; il a trois frères et sœurs en bonne santé. Il a été soigné à l'âge de 6 ans pour un mal de Pott, par M. Nové-Josserand, et semble bien guéri de ce côté. A 17 ans, il est atteint d'une grippe, dont il met très longtemps à se remettre. En janvier 1920, le malade est traité pour albumine et mis au régime lacté, qui l'affaiblit. Un an plus tard, son médecin reconnaît la présence de pus dans les urines et lui prescrit un régime fortifiant. En décembre 1922, les urines sont de plus en plus troubles, les mictions sont fréquentes et on trouve dans ses urines des bacilles de Kock (Laboratoire d'Hygiène de Chambéry). Faiblesse générale, fièvre, peu d'appétit. Le malade n'a jamais été sondé.

A l'examen, on trouve des lésions prostatiques nettes; rien aux épидidymes. Les reins ne sont pas perçus. Point urétéral paraombilical droit. Le malade entre au service d'urologie de Saint-Pothin.

Le 16 février 1923, on fait la cystoscopie. Vessie mauvaise, capacité 80 grammes à peine, spasme du col. Lésions surtout à droite autour de l'orifice urétéral : gros œdème framboisé à ce niveau avec une sorte d'anfractuosité d'où on voit sourdre un tortillon de pus épais. A gauche, uretère normal, facile à cathétériser. Urines très claires de ce côté. On ne peut introduire une sonde dans l'uretère droit; on est arrêté presque de suite. On place alors une sonde vésicale pour recueillir les urines du rein droit. Malgré une attente assez longue, on ne peut obtenir que quelques gouttes par la sonde gauche (n° 12), l'urine filtre à côté de la sonde. Du côté de la vessie : quantité un peu plus abondante d'urine trouble contenant un peu de sang. Envoi à l'analyse et inoculations.

On fait leur constante d'Ambard : $K = 0.16$. Sur ce résultat, Monsieur le Professeur Gayet conseille d'attendre le résultat des inoculations, prescrit un régime.

Le 22 mai 1923, une nouvelle constante d'Ambard donne $K = 0.075$; il y a 0,34 d'urée dans le sang. On propose alors au malade la néphrectomie.

Intervention le 7 juin 1923. — Anasthésie à l'éther. — En raison de la gibbosité lombaire, qui a rapproché côtes et bassin, la voie lombaire est fermée. On fait l'incision transversale antérieure. Le décollement du péritoine est difficile, il se déchire en trois endroits en avant : sutures chaque fois. Arrivé sur le rein, la décortication est impossible en raison d'une péripyélite scléro-adipeuse très dense. Pour avoir du jour on fait une incision verticale inférieure de 10 centimètres. On arrive péniblement à décortiquer le rein. Lésions de péri-urétérite. En haut, la capsule surrénale est adhérente, on doit en réséquer une partie. Ligature et section de l'uretère. Bassinet ouvert au cours de l'opération, pus dans le champ opératoire. Ligature du pédicule, toilette à l'éther; mèche, drain avec contre-ouverture lombaire; fermeture de la paroi.

Le soir, peu de shock, mais hoquet et $T^{\circ} = 39^{\circ}$. Pouls à 110. Cent grammes d'urine trouble.

A l'examen de la pièce, on trouve la moitié supérieure du rein transformée en caverne suppurante, à fond lie de vin, contenant du pus grumeleux. La moitié inférieure montre de longues plaques de néphrite et quelques jeunes granulations.

Suites opératoires bonnes. Le malade donne de ses nouvelles en janvier 1924 : bon état général, a repris 13 kg. Urines claires. La cicatrice suppure encore, mais très peu. Se plaint de douleur à la miction.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

M. B..., 30 ans, vient trouver Monsieur le Professeur Gayet, le 13 mars 1924. Le malade a été réformé pour douleurs dans la région lombaire et une infection rénale gauche (inoculation négative). Il présente les reliquats d'un mal de Pott lombaire paraissant guéri; la radiographie montre que l'espace entre la 12^e dorsale et la 1^{re} lombaire a complètement disparu.

En janvier 1923 : inoculation positive des urines totales; en mars 1923 : inoculation après séparation. R G + ; R D : — en juillet 1923 : inoculation des urines séparées négative des deux côtés.

Hydrocèle ponctionnée en novembre. Abscess pottique de la 3^e sacrée ponctionnée en décembre.

Traitement par les corps de Spinglèr depuis janvier. Première série complète. A l'examen : prostatite, spermatozystite et épидидymite gauches bacillaires. Urines assez claires, pas d'albumine. Pas de pollakiurie ou de douleurs à la miction. On constate un abcès parasacré correspondant à une lésion importante de l'os ou à un réveil du mal de Pott, plus haut.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

Mme D..., 46 ans, vient pour abcès du rein, le 13 mars 1924. Elle a souffert du ventre dans l'enfance; son père est mort d'une méningite à 35 ans; sa mère d'un cancer rectal à 68 ans. Mariés à 20 ans, elle a eu 3 enfants. A 16 ans, on note une pleurésie à évolution lente; depuis, n'a pas eu de bronchite.

En 1904, cystite : pus, sang dans les urines. La malade est vue par M. Cathelin, qui fit la division des urines et ne conseilla pas d'opération. Elle fut traitée par des instillations et porta une ceinture pour rein flottant; n'a pas guéri pendant 10 ans, eut un enfant et la cystite guérit à ce moment. En janvier 1914, abcès du rein droit (?) opéré à Villefranche, plutôt abcès périnéphrétique; drainage pendant 6 mois; il subsiste une fistule. Puis abcès vers la cuisse et maintenant abcès continuels, paralysant la jambe, amenant des douleurs et de la contracture. Urines troubles, douleurs dans l'autre rein.

A l'examen : reins non perçus; défense musculaire au niveau de la région lombaire droite où l'on remarque plusieurs fistules ainsi que dans la fosse iliaque. Les urines sont foncées, un peu louches.

La malade entre dans le service de l'Antiquaille.

31 mars 1924. — Cystoscopie : vessie de 180 gr., pas d'ulcération mais déformation très marquée du bas fond; l'uretère gauche est visible, d'aspect sain sur une bandelette épaisse, qui se dirige vers le col; du côté droit, cette bandelette est si rapprochée du col qu'on ne peut voir le méat urétéral. Cathétérisme du côté gauche à 15 cm; du côté droit on recueille les urines par une sonde verticale pendant une demi-heure. Prise de sang en même temps.

	Rein gauche	Vessie	Urée du sang :
Volume 1/2 h.	12 cc.....	2 cc	
Na Cl	7 95		0,40 °/°
Urée	26 40.....	6 85	
Volume 24 h.	576 cc.....	96 »	K = 0,10
Débit	15 84.....	0 68	

Rein gauche : culot abondant, hématies, éléments clairs-més, placards épithéliaux, polynucléaires en petit nombre, lymphocytes. Pas de microbes. Inoculation.

On propose une opération qui est refusée.

11 avril : une épreuve au bleu de méthylène à 12 heures donne une élimination franche à 15 heures en diminuant jusqu'à 17 heures. De 18 h. à 5 h., on obtient des urines ambrées, limpides. A 6 heures, urines de nouveau teintées en bleu. Aucune trace de bleu n'a coloré le pansement des fistules.

Le 15 avril, on fait une radiographie avec injection de lipiodol dans les fistules. Les radio montrent des lésions osseuses et les trajets fistuleux. Le radiographe considère les lésions osseuses comme primitives.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

Mlle N..., 28 ans, vient consulter Monsieur le Professeur Gayet, le 17 avril 1924, pour troubles urinaires.

Son père est mort d'une fluxion de poitrine, sa mère d'une néphrite, ils ont eu 7 enfants, dont 5 sont morts en bas âge; il reste une fille bien portante.

Personnellement, la malade fit à l'âge de 4 ans une chute dans un escalier, dont elle garda des douleurs traitées comme rhumatismales. Au bout de 18 mois apparut une gibbosité. La malade fut traitée par M. Nové-Josserand pendant 4 ans. Guérie, elle eut une rechute à 13 ans, avec abcès; jamais de paralysie. Cette rechute dura 6 mois. Depuis, un peu de faiblesse dans les jambes. Il y a 6 mois, apparurent de la pollakiurie, des douleurs à la miction, des urines troubles, jamais de sang.

Actuellement, la pollakiurie est améliorée, mais il existe des douleurs en dehors de la miction, au niveau du rein gauche surtout. A l'examen : grosse gibbosité, s'étendant de la 9^e dorsale à la 3^e lombaire, en avant suppression complète de l'es-

pace ilio-costal. La palpation des reins est impossible, pas de points urétéraux douloureux. Prise à la sonde d'urine absinthique avec quelques grumeaux.

Au toucher, utérus abaissé, signes de salpingite. Dans fosse iliaque, cicatrices de fistules. La malade n'a pas de troubles moteurs, mais des réflexes exagérés et parfois, la nuit, des secousses dans les jambes. On envoie les urines pour analyse.

Au microscope : nombreux globules blancs en amas, quelques rares bacilles granuleux présentant l'aspect et la coloration du bacille de Kock. Inoculation d'un cobaye, qui est positive le 27 mai.

Le 30 juin, cystoscopie : vessie de bonne capacité (200 gr.), un peu de spasme urétral. Aspect sain de la muqueuse et des urètres qui n'admettent les sondes qu'à 2 cm; on est obligé de prendre de petites sondes 10 à bout conique.

Urètre gauche : urine franchement purulente, l'uretère droit ne donne presque rien. On retire la sonde et on place un nélaton dans la vessie. En une heure, on n'obtient presque rien de ce côté, l'urine contient du sang et du pus. Envoi pour analyse.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GATET)

Mme Ch... Marie, 37 ans, entre dans le service de l'Antiquaille, le 7 avril 1924, pour des douleurs dans la région lombaire gauche, accompagnées de troubles vésicaux.

Son père est mort subitement, sa mère d'une pleurésie. La malade a un passé assez chargé. Pneumonie en 1918; à 25 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu; bronchites fréquentes, elle tousse tous les hivers.

Depuis 18 mois, elle se plaint de douleurs dans la région lombaire gauche. Entrée au mois d'août dernier dans le service de M. le Dr Bouchut, on fit le diagnostic d'abcès pottique, que l'on put mettre en évidence par la radiographie, après injection lipiodolée. Depuis, les troubles sont restés les mêmes.

Ces temps derniers, la douleur redoubla d'intensité, empêchant tout mouvement.

A l'examen, le ventre apparaît déformé par une tumeur énorme, à gauche. Rien à droite. Tous les points urétéraux de ce côté sont très douloureux. La malade accuse un certain degré de pyurie remontant à plusieurs mois ainsi qu'une légère pollakiurie. Pas d'hématurie. L'inspection du thorax révèle une submatité assez nette; rien à l'auscultation. L'exploration de la colonne vertébrale montre l'existence d'un point douloureux au niveau des dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée. Enfin, au-dessus de la crête iliaque gauche, on constate une tumeur volumineuse, fluctuante, semblant sortie du triangle de J.-L. Petit.

16 avril 1924. — Cathétérisme urétéral. On est arrêté à gauche à 4 cm. Les premières gouttes sales à droite, deviennent claires; à gauche, on a des urines franchement purulentes. L'examen montre un culot purulent, de nombreux polynucléaires et des groupes de B K très nets.

Rein gauche			Rein droit		
Vol.	25 cc.	128	Vol.	10 cc.	137
Urée	2 gr. 2	1 60	Urée	17 gr. 30	6 90
Na Cl...	2 gr. 40	2 10	Na Cl...	17 gr.	4 10

On fait des inoculations aux cobayes.

Constante d'Ambard : $K = 0,09$.

25 avril. — Ponction d'abcès froid, 350 gr. de pus.

28 avril. — La malade rentre provisoirement chez elle attendre le résultat des inoculations.

7 juin. — Vérification des cobayes. Pour le rein gauche, quelques ganglions au point d'inoculation. Rien pour le rein droit.

25 juin. — Cystoscopie : l'uretère gauche apparaît au milieu d'une zone enflammée. L'uretère droit est sain dans une zone saine.

2 juillet. — Sous anesthésie à l'éther néphrectomie lombaire gauche, sans se préoccuper des 2 fistules qui existent. Incision classique. On tombe sur un gros rein abaissé, ce qui nécessite l'agrandissement par en bas de l'incision, mais on ouvre le péritoine qui est adhérent aux plans musculaires; on

le referme par un surjet. Le rein est libéré facilement en haut; en bas, il faut faire une véritable sculpture aux ciseaux. A un moment donné, on ouvre la poche de l'abcès d'où s'écoule un pus blanc grumeleux qu'on étanche avec des compresses. L'uretère énorme est englobé dans une masse lardacée où on reconnaît de gros ganglions. Dans l'impossibilité de lier convenablement cette masse, on applique et laisse à demeure 2 pinces. Ligature facile du pédicule. Ce rein est enlevé; drainage avec gros drain et grosse mèche. Suture partielle.

La pièce enlevée est un gros rein bosselé, à coque perforée au pôle inférieur par un orifice qui communique avec un abcès froid pariétal. A la coupe, série de cavernes remplies de pus; fongosités. Au niveau de l'écorce, sous la capsule, se voient des ilots de granulations. En certains points, la capsule a été détruite et la paroi de la loge graisseuse a été envahie. Suites opératoires excellentes. Plaie cependant encore fistuleuse à la sortie, le 28 août.

25 octobre 1924. — Le malade vient à la consultation. Au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac gauche une collection dure qui s'ouvre spontanément et laisse écouler du pus par le vagin, pus d'origine rénale ayant fusé jusque dans le Douglas.

27 octobre. — La malade est rentrée dans le service. Sa température est de 38°3. Ventre ballonné, météorisé faisant songer à une péritonite bacillaire.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

D... Célestin, 26 ans, vient consulter M. le Professeur Gayet, le 14 juin 1924, parce qu'il a les urines troubles.

A été réformé pour mal de Pott avec abcès fistulisés, début en 1920. Sclérose des sommets. Prisonnier de guerre, le malade a été hospitalisé à Metz pour bronchite.

Il y a trois semaines, il a vu que ses urines étaient troubles, en même temps qu'il ressentait quelques douleurs dans le bas-

ventre; mais il ne présenta point de pollakiurie, ni de brûlures à la miction. Jusqu'il y a 2 mois, le malade avait un abcès dans la région lombaire, cet abcès a disparu, s'est tari à peu près au moment où le pus apparaissait dans les urines.

Actuellement, D... porte un corset, n'a pas de douleurs lombaires. Il a eu de l'exagération des réflexes, mais pas de paralysie. Au début des accidents urinaires, il eut un peu de fièvre, jusqu'à 39°, actuellement sa température oscille entre 37°8 et 38°, le soir. Il tousse un peu, depuis plusieurs années.

A l'examen, les reins ne sont pas perçus, la prostate est granuleuse, nettement prise des 2 côtés; rien aux testicules. A l'auscultation, obscurité marquée du sommet droit, pas de râles. Urines louches et pâles. Traitement médical.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GAYET)

N... Gabriel, 28 ans, vient consulter M. le Professeur Gayet, le 11 septembre 1924, pour douleurs à la miction et pollakiurie (6 fois la nuit). Début il y a deux mois environ par un peu de cuisson à la miction et bientôt légère hématurie qui a paru totale,

Le malade part à la campagne, se repose, reprend 4 kilogrammes, puis revient et voit reparaître ses troubles urinaires.

Son père est mort d'une vomique probablement pneumonique. Le malade a eu personnellement une bronchite à l'âge de 20 mois, et reste un peu délicat. A 9 ans, il eut un mal de Pott cervico-dorsal, guéri après traitement du docteur Nové-Josserand, si bien que, pris service actif dans l'armée coloniale, il est resté trois ans dans la zone des armées; puis il passa dans l'armée auxiliaire.

Marié en 1920 : femme bien portante et deux enfants en bonne santé.

A l'examen : reins non perçus. Rien à la prostate, ni aux testicules; rien aux poumons. Pas de points douloureux uré-

téraux. Petite saillie vertébrale cervico-dorsale. Urines très louches, absinthiques.

Le malade entre pour examen à la clinique Saint-Charles.

17 septembre. — Cathétérisme séparateur. Vessie assez rouge, mais sans ulcération. Méat urétéral gauche sain, cathétérisme facile; premières gouttes jaune ambré.

Méat droit un peu ulcéré, une goutte de pus à l'entrée. Arrêt de la sonde à 7 cm., il ne s'écoule pendant tout l'examen de ce côté qu'une ou deux gouttes de pus épais.

20 septembre. — K = 0,09 ; U = 0,32.

22 septembre. — Néphrectomie lombaire droite sous anesthésie à l'éther. On enlève un petit rein d'aspect extérieur normal. On découvre quelques points blancs dans la paroi de l'uretère élargi. Ligature à 10 cm du bassin.

A la coupe, on trouve le calice supérieur transformé en caverne fongueuse avec gros tubercule cru. L'uretère est bifide jusqu'à la ligature. L'un des conduits aboutissant aux calices inférieur et moyen est sain ; l'autre allant au calice supérieur malade est bourré par place de caséum. Le reste du parenchyme est scléreux.

Suites opératoires simples. — Le malade quitte la clinique presque cicatrisé le 14 octobre.

OBSERVATION IX

LE FUR, XX^e Congrès français d'Urologie, Paris, octobre 1920, p. 270)

Soldat de 30 ans, ayant présenté autrefois dans sa jeunesse, à l'âge de 18 ans environ, en même temps qu'un mauvais état général, des symptômes qui avaient fait penser à un mal de Pott (douleurs dans la région dorsale, troubles de la marche) et avaient entraîné l'immobilisation prolongée au lit. La guérison avait été obtenue. Mais au cours de la guerre, deux ans après le début et à la suite de fatigues assez grandes dans les tranchées, des symptômes semblables réapparurent (douleurs dans la colonne vertébrale au niveau de la région dorsale, difficulté de la marche) et l'état général redevient mauvais. Les

médecins militaires appelés à voir le malade à ce moment n'en tinrent aucun compte et il continua son service. Ce n'est que deux ans après qu'il fut réformé très tardivement sans pension.

Lorsque j'examinai le malade pour la première fois, en mai 1920, je constatai un mal de Pott excessivement prononcé, au niveau de la 10^e vertèbre dorsale, avec gibbosité volumineuse et très mauvais état général.

Les urines étaient, en outre, excessivement troubles et purulentes (le malade ne put dire depuis quand), mais il n'existait aucun symptôme fonctionnel de cystite (ni fréquence, ni douleur). La cystoscopie me montra une vessie possédant une excellente capacité (3 à 400 gr.) et ne présentant aucune trace d'inflammation. Mais l'orifice urétéral gauche, un peu agrandi et déformé, laissait échapper une grande quantité de pus. Le double cathétérisme des uretères me montra un rein normal à droite et presque détruit fonctionnellement à gauche (0,50 d'urée par litre à gauche contre 22 gr. à droite).

L'examen microscopique des urines du rein gauche décelait une abondante suppuration (très nombreux leucocytes polynucléaires) mais aucun microbe. L'examen des régions lombaires ne permet de rien constater à droite. Mais à gauche, la paroi lombaire est volumineuse, infiltrée, tendue, légèrement douloureuse. On constate que la région costale inférieure gauche (10^e et 11^e espaces) ainsi que toute la région sous-costale en avant et en dehors et surtout la région lombaire, sont dures, augmentées de volume, infiltrées et même légèrement œdémateuses. Une ponction exploratrice au niveau du 10^e espace intercostal permet d'extraire quelques gouttes de pus très épais.

Aucun symptôme de pleurésie purulente. On constate seulement la suppression de la sonorité et de la respiration à la base gauche, très peu de symptômes pulmonaires. Le malade, pâle et très amaigri, ne tousse pas. Je pense d'abord à un abcès sous-néphrétique, puis à un volumineux phlegmon périnéphrétique remontant au niveau de la 10^e côte.

La radiographie montre des lésions des 10^e et 11^e vertèbres dorsales avec des ombres qui descendent au dehors de la colonne vertébrale vers la région lombaire et qui peuvent être interprétées comme des fusées purulentes.

Je porte alors le diagnostic de mal de Pott dorsal avec abcès pottique volumineux ayant fusé dans le tissu cellulaire périnéphrétique puis ouvert dans le rein où il a provoqué une suppuration rénale gauche d'origine tuberculeuse, mais sans participation de l'élément noble du rein, ce qui explique l'absence de tout symptôme fonctionnel urinaire (ni fréquence, ni douleur).

Opération (juin 1920). — Résection de la 12^e puis de la 11^e côte, au niveau du foyer de suppuration montrée par la ponction, permet de tomber sur un foyer caséeux, qui conduit sur le pôle supérieur du rein. On fait une autre incision verticale lombaire perpendiculaire à l'incision costale, qui permet d'aborder le rein : celui-ci, entouré de périnéphrite et d'une suppuration caséeuse, ressemble à une énorme éponge infiltrée de pus. Son pôle supérieur présente nettement un orifice de communication avec l'abcès périnéphrétique. En revanche, il n'existe aucune communication au niveau du bassin et ni de l'uretère. Etant donnée la destruction fonctionnelle pour ainsi dire complète de ce rein, je me décide à pratiquer la néphrectomie. Drainage large. Suites opératoires simples. Mais la plaie volumineuse et fongueuse ne se cicatrise que très lentement. L'état général restant défectueux, j'envoie le malade à la campagne pour y faire de l'héliothérapie. Il s'améliore et engraisse.

OBSERVATION X

(LE FUR, XX^e Congrès français d'Urologie, Paris, octobre 1920)

Jeune fille de 20 ans. Mal de Pott lombaire (au niveau de la première vertèbre lombaire) à l'âge de 13 ans. Abcès par congestion traités par ponction. Immobilisation dans plâtre et héliothérapie dans un sanatorium à Leysin. Guérison. Cinq ans après, en 1918, apparition de cystite intense (fréquence et douleurs). Vue à ce moment par plusieurs spécialistes éminents qui essaient à plusieurs reprises, mais sans succès, le cathétérisme des uretères. Traitement par instillations vési-

cales. Puis séjour à la montagne, à Saint-Gervais, pour remonter état général très défectueux.

Je vois la malade en juin 1920 pour la première fois. Etat général très mauvais (pâleur, amaigrissement considérable). Rien aux poumons. Du côté de l'appareil urinaire, cystite rebelle (fréquence, douleurs). Suppuration très abondante dans les urines. On sent le rein gauche qui est douloureux. Rien à droite. La cystoscopie montre une vessie nettement tuberculeuse (plaques congestives et ulcérations). L'orifice urétéral gauche, cratériforme, laisse échapper beaucoup de pus et des grumeaux purulents. J'ai la chance de pouvoir immédiatement pratiquer le cathétérisme urétéral à gauche. Il s'écoule une urine très purulente à gauche, presque claire à droite. L'examen chimique des urines séparées et l'épreuve de la polyurie expérimentale montrent que le rein gauche a une valeur fonctionnelle moitié moindre que celle du rein droit. A deux reprises, l'examen bactériologique montre de nombreux bacilles de Koch.

La malade présentant de grandes oscillations de température en rapport avec la volumineuse pyonéphrose qu'elle présente à gauche, je me décide à pratiquer non pas la néphrectomie, car cette petite malade ne la supporterait pas, mais une néphrotomie pour drainer la volumineuse collection purulente rénale gauche. L'opération est pratiquée rapidement en un quart d'heure et au chlorure d'éthyle. Je tombe sur une volumineuse collection périnéphrétique d'origine vertébrale et communiquant avec le rein au niveau du bassin. Large drainage.

La malade meurt le soir même de collapsus cardiaque, malgré de nombreuses injections.

OBSERVATION XI (résumée)

(FAUCON, *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1902, T. 1, p. 205)

Jeune fille de 21 ans, vient au dispensaire en 1897. Elle se plaignait alors de fatigue, de lassitude dans la position debout, d'élançements douloureux sur le trajet du sciatique droit. L'examen est négatif de ce côté. L'examen révèle pourtant, du côté du rachis, une douleur à la percussion d'une vertèbre et les signes d'un mal de Pott au début.

Immobilisation trois ans dans un corset de Sayre. Le mal a évolué sans abcès et les courbures de compensation se sont si bien combinées qu'elles ne laissent pas supposer actuellement la voussure dorsale. Malheureusement, le régime fut défectueux et pendant ces trois ans la malade dut endurer les pires privations. On la perd de vue pendant un an.

Elle revint il y a quelques mois ; on découvre un rein mobile à droite, présentant des bosselures nettes et s'accompagnant d'hématurie et d'albuminurie. On institue le régime lacté et on prescrit des reconstituants divers.

Au bout de deux mois l'albuminurie a diminué et l'état général est meilleur. La malade revient maintenant après un assez long séjour chez elle : l'hématurie est seule améliorée, l'albumine persiste dans les urines. L'état local est à peu près le même. On pense à une tuberculose rénale. Il n'y a jamais eu de pyurie. A l'examen, on ne constate aucune lésion des poumons.

OBSERVATION XII (résumée)

(Thèse MQNEL, Paris 1899-1900, N° 55)

Le nommé P..., 48 ans, maçon, entre dans le service de M. le Docteur Hirtz, à l'hôpital Laennec, le 14 avril 1898.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : le malade a toujours été bien portant, sauf une fièvre typhoïde qu'il a eue à 12 ans environ.

Depuis quelque temps il se plaint de tousser assez souvent ; sa santé n'est plus aussi bonne qu'avant, il se sent fréquemment fatigué et depuis une dizaine de jours environ il n'a plus guère d'appétit. Il entre dans le service parce qu'il souffre assez violemment de la jambe gauche et ne peut plus marcher.

Cette jambe est volumineuse, œdématiée, et offre tous les signes d'une phlébite. L'examen des autres organes ne permet pas de trouver une origine indiscutable.

Inappétence, troubles digestifs, diarrhée. Rien du côté de l'estomac. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes. Pas douloureux. L'examen des poumons montre un affaiblissement du murmure vésiculaire à droite. Rien au sommet. Sonorité normale.

Les urines sont d'abondance moyenne, de coloration normale.

Rien au cœur. Pouls, 88. T. 37°5.

On immobilise la jambe dans une gouttière.

Les jours suivants la température monte à 38°. L'état général est peu satisfaisant. On découvre bientôt à l'auscultation des râles crépitants au sommet droit. La sonorité est un peu diminuée. On marque de la dyspnée, qui s'accroît ; de la diarrhée, et le malade meurt le 21 avril dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Poumons criblés de tubercules. Au sommet droit, lésions de ramollissement. Rien à l'estomac. Foie gros, lisse, uni ; pas de tissu fibreux. Rate normale. Rien au cerveau.

Les deux reins sont le siège de lésions tuberculeuses. Nombreuses granulations abondantes surtout dans la substance corticale ; elles sont en petit nombre dans la substance médullaire. Dans le rein droit, on trouve un plus gros tubercule caséux (petit pois). Une poche volumineuse, sous péritonéale, est collée contre la partie droite du corps des dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire. Elle est remplie d'un liquide que l'incision démontre être du pus d'apparence bacillaire, vert clair ; elle a 8 cm de long sur 8 cm 5 de large. Un stylet introduit dans la poche mène sur la face antérieure des dernières dorsales et de la première lombaire dénudées. Sur ces vertèbres, on peut voir les lésions localisées à la face

antérieure, ce qui explique que le malade n'ait eu, durant sa vie, aucun symptôme qui ait pu attirer l'attention de ce côté. C'était un mal de Pott latent. La poche descend jusqu'au rein droit, avec lequel elle entre en rapports immédiats. Aucune communication n'existe entre la poche et le rein.

OBSERVATION XIII (résumée)

(In thèse JOLLY, Bordeaux 1903)

Mme G..., 37 ans, sans antécédents tuberculeux dans sa famille, bien portante jusqu'à 25 ans, a été atteinte à cette époque d'un mal de Pott révélé subitement à la suite d'une chute, par la production brusque d'une gibbosité dorsale. Mariée un peu avant, Mme G... n'a jamais eu d'enfant, mais ses règles s'étant suspendues pendant plusieurs mois, il y a deux mois et demi, on la crut enceinte. A ce moment, elle aurait commencé à ressentir des douleurs dans le côté gauche et à avoir des mictions fréquentes, mais sans pus ni sang. Traitée pour une affection utérine, elle continue à souffrir et ses urines deviennent purulentes, les besoins plus fréquents, plus impérieux. Refusant de se laisser examiner, elle suit un traitement purement interne pour cystite. En mars, on constate dans la région lombaire gauche une tumeur volumineuse, de la forme d'un rein mobile, pouvant être amenée vers la fosse iliaque, absolument indolente. Pas de points urétéraux. Rein droit non perceptible, non douloureux à la pression. La vessie se vide bien, sensible à la pression. Mictions toutes les heures, pas très pénibles. Les urines, purulentes à certains moments, sont le plus souvent claires. Celles de l'examen sont à peine louches et contiennent un faible dépôt pulvérulent (leucocytes, microcoques, bacilles de Koch).

Mme G... est très amaigrie ; fièvre tous les soirs, pas d'appétit. Pas de trace de tuberculose par ailleurs. L'auscultation soigneuse ne révèle rien. Néphrectomie lombaire le 7 avril 1900. Facile. Ligature séparée des vaisseaux. L'uretère volu-

mineux est sectionné à 12 cm du hile. Suites d'abord simples : la fièvre tombe, l'état général se relève, les urines s'éclaircissent.

Le 30 avril, la malade commence à tousser et on découvre à l'auscultation de gros râles bronchiques. Bientôt des râles fins sont perçus aux deux sommets, la fièvre s'allume et la malade succombe le 23 mai à une poussée de granulie dans les deux poumons.

OBSERVATION XIV (résumée)

(In thèse GÉRARD, Lille 1908-1909, p. 167)

Pierre L., 38 ans, employé, entre à l'hôpital le 21 mai 1906. Père mort accidentellement, mère morte subitement à 68 ans. Cinq frères et sœurs actuellement en bonne santé, trois de ses sœurs sont mortes de tuberculose pulmonaire; une autre de tumeur abdominale. Bonne santé personnellement pendant l'enfance. A 18 ans apparut une gibbosité antéro-postérieure de la colonne vertébrale, au niveau des vertèbres lombaires. Il eut l'influenza il y a cinq ans.

Après cette affection, il ressentit soudain dans la région vésicale une sensation de brûlure, la miction était douloureuse, avec irradiation au gland : ces phénomènes durèrent une journée, pendant laquelle le malade émit avec difficulté quelques gouttes d'urine. Pendant les huit jours qui suivirent, il persista seulement de la fréquence mictionnelle diurne et nocturne (toutes les 10 minutes). Dès ce moment, les urines étaient troubles. La fréquence s'atténua et depuis quatre ans le malade urine toutes les deux heures.

Il y a un an, le malade ressentit dans la région lombaire une douleur qui dura huit jours; depuis, tous les mois, survient une hématurie d'un jour.

La douleur dans la région rénale est reparue il y a deux mois, et le malade s'aperçut que le côté gauche était plus volumineux que l'autre.

A son entrée, il ne souffre pas; température entre 37° et 38°. Urines troubles. A la région lombaire, on constate une gibbosité formée aux dépens des 1^{re} et 2^e lombaires, l'extrémité de la 12^e côte arrive au niveau de la crête iliaque. Une tumeur rouge occupe tout l'espace costo-iliaque.

Le 28 mai 1906, néphrectomie du rein gauche. Suites bonnes, cicatrisation lente. Le malade sort le 7 août.

On a de ses nouvelles le 21 mai 1909. Etat général satisfaisant. Appétit revenu. Poids augmenté de 30 livres depuis l'intervention. La cicatrice suppure encore légèrement.

Mictions toutes les deux heures le jour, deux ou trois fois pendant la nuit. Aucune douleur mictionnelle. Urines claires.

Quelques mois après l'intervention, le malade a fait un abcès des bourses.

OBSERVATION XV

(In thèse PACÈS, Lyon 1908-1909)

Mme V. Marthe, 35 ans, couturière. Deux enfants vivants et bien portants. Il y a un an, violentes douleurs dans l'hypocondre droit. En septembre, sciatique de la cuisse droite dont elle souffre encore.

Actuellement, malade très amaigrie, pâle, température, 37°3. Poids, 120. Jamais de sang dans les urines. Grosse tuméfaction, fluctuante, douloureuse, dans la région iliaque, descendant jusqu'au-dessous de l'arcade crurale. Le membre inférieur est en flexion et en légère abduction. Pas de modification de la colonne vertébrale. La malade souffrant beaucoup, on ne peut l'examiner convenablement, surtout au point de vue de la colonne vertébrale. Une ponction de l'abcès ramène un pus fétide. On débride largement.

20 novembre. — Œdème des deux jambes, plus prononcé à gauche, avec douleur dans le mollet. Il s'agit d'une phlébite. On met une gouttière.

18 janvier 1906. — L'examen plus complet est possible. Le rein étant assez volumineux et les urines presque limpides,

on pense à une pyonéphrose fermée. Le rein gauche est accessible, non douloureux. On fait la cystoscopie. L'orifice urétéral droit est introuvable; le gauche est très visible, on voit, à ce niveau, des éjaculations claires.

On pratique la séparation : le rein droit ne donne pas une goutte d'urine. A gauche, éjaculation normale.

20 janvier 1906. — Néphrectomie droite extracapsulaire. Rein petit, lobulé; plus de tissu rénal sain; cavernes remplies de pus.

L'état général se relève. En mai, la malade repris plusieurs kilogrammes.

Juillet 1907. — Etat général bon. Plaie encore ouverte. On constate une gibbosité vers la 2^e dorsale.

En décembre 1907. — Inoculation négative. L'urine renferme quelques globules de pus.

Décembre 1908. — Etat moins satisfaisant. Gibbosité toujours aussi marquée; plaie non cicatrisée, fistule se dirigeant vers la fosse iliaque. La malade a un peu souffert de sa vessie.

OBSERVATION XVI (résumée)

(In thèse PAGES, Lyon 1908-1909)

Mlle D..., 30 ans, est vue pour la première fois le 28 août 1908.

Rien au point de vue héréditaire. Personnellement, vers 8 ans, adénites cervicales suppurées. En février 1908, il se produit un mal de Pott avec saillie au niveau de la 3^e vertèbre lombaire.

Depuis un an, douleurs vésicales avec pollakiurie et douleur au niveau du rein gauche.

Actuellement : mictions diurnes toutes les deux heures, deux à trois mictions la nuit. Urines purulentes, inoculation positive. Rein droit très mobile, mais pas douloureux. Rein gauche douloureux à la palpation.

Cystoscopie : zone urétérale droite un peu rouge. Le cathétérisme fournit des urines limpides, jaune peu ambré, pas

d'albumine. Inoculation des urines séparées négative pour le R D.

Le 6 novembre 1908, néphrectomie lombaire sous-capsulaire gauche. Rein bosselé et nombreuses granulations. Infiltration nodulaire en masse.

Suites simples. — Diminution de la fréquence des mictions.

15 mars 1909. — Etat général assez bon. — Mictions : la nuit deux fois; le jour, toutes les trois heures. Urines limpides, pas d'albumine. Capacité vésicale augmentée.

Mal de Pott stationnaire, pas de trouble du côté des membres inférieurs; pas d'abcès; garde un repos relatif.

OBSERVATION XVII (résumée)

BRAUN et CRUET, *Annales Genito-Urinaires*, 1909, p. 1611)

B..., 31 ans, vient consulter le professeur Albarran parce qu'il a des douleurs dans la région lombaire gauche et les urines troubles.

Rien dans les antécédents héréditaires. Mal de Pott depuis l'âge de 3 ans, sans abcès. Blennorragie il y a douze ans, bien guérie. En novembre 1907, congestion pulmonaire, accompagnée de phénomènes cardiaques. En 1896, le malade a eu une hématurie abondante, accompagnée de coliques néphrétiques et suivie de l'émission de caillots urétraux dans les urines.

Jusqu'au mois de février 1902, on assiste à une période de calme complet : urines claires, pas de phénomènes vésicaux. En février 1902, nouvelle hématurie rénale brusque, abondante, durant quatre ou cinq jours, avec douleurs et augmentation de volume du rein gauche; le malade se repose quinze jours et reprend sa vie normale. Il lui reste une sensation de pesanteur dans le flanc gauche, mais sans phénomènes urinaires. **L'état général est excellent.**

En février 1907, à la suite de surmenage, le malade ressent des douleurs dans le flanc gauche, s'irradiant suivant le trajet de l'uretère. Urines très troubles, pollakiurie douloureuse.

Examen le 8 mars 1907 : Vessie : pollakiurie douloureuse, urines troubles.

Rein : légères douleurs, pas d'hématurie. Les reins ne sont pas perçus. Rien à l'appareil génital.

Examen de laboratoire : urines avec dépôt floconneux; nombreux leucocytes, quelques rares hématies; quelques colibacilles, BK. groupés en amas.

La séparation des urines montre que le rein droit est sain. Néphrectomie gauche.

OBSERVATION XVIII

(Dr MORELLE, de Bruxelles, *Annales Genito-Urinaires*, 1910, p. 1.886)

V. E..., 16 ans. Ce malade, un petit bossu malingre, a souffert d'un coxalgie et d'un mal de Pott dorsal. Il expectore beaucoup mais n'a guère de symptômes appréciables à la poitrine. Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Il a des urines troubles, des mictions extraordinairement nombreuses, nuit et jour; elles sont très douloureuses. Je le vois le 13 novembre 1908. L'urine est recueillie au milieu du jet dans un tube stérilisé. Le produitensemencé cultive sur bouillon et non sur agar. L'examen microscopique de l'urine fait voir de nombreux globules de pus, quelques cylindres granuleux et des bacilles de Koch. Pas d'autres microbes.

Le 26 novembre, je fais, sous chloroforme, une division avec le petit diviseur de Luys (sans lavage préalable de vessie), et après injection de 2 cmc de carmin d'indigo. La division ne commence que vingt minutes après l'injection. Les données de cette division étaient suffisantes pour conclure à l'indication de la néphrectomie; dans ce cas, la cystoscopie et, à plus forte raison le cathétérisme urétéral étaient impossibles à cause de la petite capacité vésicale qui atteignait à peine 40 cmc.

Le fait d'avoir rencontré un groupe de bacilles dans le tube droit ne prouve pas que ces microbes provenaient du rein correspondant, car le lavage de la vessie n'avait pu être fait avant la division, et les bacilles et les globules du pus pouvaient provenir de lésions vésicales.

Néphrectomie du rein gauche. Des examens après montrent

qu'il y a encore dans l'urine quelques rares bacilles de Koch. Le malade, très indocile, ne peut être gardé à la clinique. D'après le médecin qui me l'a envoyé, son état serait satisfaisant (août 1909).

Examen du rein enlevé. — Les deux tiers au moins de la substance rénale sont détruits. Tuberculose ulcéro-caverneuse. Dans les parties du parenchyme restant, il y a des lésions de néphrite épithéliale.

OBSERVATION XIX (résumée)

(J. ORAISON, *Journal d'Urologie*, 15 juillet 1913)

Malade âgée de 7 ans. Pas d'antécédents héréditaires directs, mais le père est un alcoolique avéré. L'enfant a été immobilisée depuis deux ans dans un corset plâtré pour un mal de Pott dorso-lombaire. Un an environ avant de l'amener, sa mère avait constaté que l'enfant, très propre jusque-là, mouillait son lit assez souvent et que, en même temps, elle retenait difficilement ses urines le jour. Ces symptômes s'aggravèrent d'une pyurie abondante, sans grande douleur vésicale.

En 1910, l'état était pitoyable. La palpation vésicale était très douloureuse, la vessie saignait très facilement et les urines contenaient de nombreux bacilles de Koch. On renonce à toute exploration et à toute idée d'intervention. On institue un traitement général et un traitement vésical par l'huile goménolée. Légère amélioration temporaire.

On profite d'un changement de corset plâtré pour palper les reins. Les deux sont gros, surtout le droit, qui est sensible et bloqué. L'état de la malade décline rapidement à la suite de l'apparition d'un abcès froid de dimensions considérables et on renonce définitivement à une intervention. Mort un mois après par cachexie.

Il ne paraît pas douteux que cette enfant ait fait réellement de la tuberculose rénale, probablement bilatérale, consécutive à l'infection de tout l'organisme.

CONCLUSIONS

I. — On trouve très souvent dans les antécédents des malades atteints de tuberculose rénale une localisation primitive du bacille dans un autre organe. La localisation vertébrale est loin d'être exceptionnelle, et nous avons voulu attirer l'attention sur elle.

II. — D'après nos recherches, la coexistence de la tuberculose rénale avec le mal de Pott, ou l'existence d'un mal de Pott dans les antécédents se rencontre chez 4 % environ des malades.

III. — L'accès au rein du bacille de Koch venu de la colonne vertébrale peut se faire par la voie sanguine, mode d'infection de beaucoup le plus fréquent, et par la voie lymphatique ou par contiguité, ce qui, pour être plus rare, n'en semble pas moins démontré.

IV. — Le diagnostic, facile dans certains cas, nécessite cependant un examen complet du malade, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des recherches de laboratoire. On aura recours, dans tous les cas, à la radiographie et souvent à l'injection de lipiodol dans les abcès ou dans les trajets fistuleux.

V. — Dans ces cas de coexistence de mal de Pott et de tuberculose rénale, le pronostic à porter semble sévère de par la bilatéralité assez fréquente des lésions rénales, de par l'existence de la lésion vertébrale et de l'état général souvent mauvais du malade qui devient inopérable.

VI. — Le traitement sera la néphrectomie toutes les fois qu'elle sera possible, avec, parfois, l'obligation d'utiliser la voie antérieure parapéritonéale en raison des difficultés de l'abord du rein. Souvent, on ne pourra recourir qu'au traitement médical.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

GAYET

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, vol. VII.
- . Tuberculose rénale. (*Presse Médicale*, 1905, p. 637.)
- BOECKEL. — Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. (*Thèse de Nancy*, 1911-1912.)
- BRAUN et CRUET. — *Annales génito-urinaires*, 1909, p. 1611.
- BRISSET. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale bilatérale. (*Thèse de Paris*, 1910-1911.)
- BRUNET. — Traitement de la tuberculose rénale (*Thèse de Paris*, 1909-1910.)
- CLÉMENT. — Mal de Pott chez les vieillards (*Thèse de Lyon* 1900).
- M^{me} DALAYRAC. — *Thèse de Paris*, 1909-1910.
- DELORE et CHALIER. — La tuberculose osseuse, 1910.
- DÉNUCÉ. — Le mal de Pott, 1896.
- DESNOS et MINET. — *Traité des Maladies des voies urinaires*, 1909.
- ESCAT. — *Société de Chirurgie de Marseille*, 17 décembre 1923.
- FAUCON. — Mal de Pott et rein tuberculeux. (*Journal de Sc. Méd. de Lille*, 1902, t. I, p. 205).
- GAUTHIER. — XVII^e Session de l'Association française d'Urologie, 1913.
- GAYET. — Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, 30 octobre 1924.
- GEIPEL. — Gesellschaft für natur und Heilkund zu Dresden, avril 1913 (in *Münschen. Med. Wochenschr.*, n° 26, p. 1458.)
- GÉRARD. — *Thèse de Lille*, 1908-1909.
- GUISY. — Congrès international de Budapest, 1909.

- HALLOPEAU. — Sur le traitement de la tuberculose rénale (*Société de Méd. de Paris*, 26 mars 1910.)
- JOLLY. — *Thèse* de Bordeaux, 1903.
- LANNELONGUE. — *Traité de tuberculose vertébrale*.
- LE FUR. — XX^e Congrès Français d'Urologie, Paris, oct. 1920, p. 270.
- Association Française d'Urologie, Paris, 1903, p. 669.
- MICHAUD. — *Thèse* de Lyon, 1922-1923.
- MONEL. — *Thèse* de Paris, 1899-1900, n° 55.
- MORELLE. — *Annales génito-urinaires*, 1910, p. 1886.
- ORAISON. — *Journal d'Urologie*, 15 juillet 1913.
- PAGÈS. — *Thèse* de Lyon, 1908-1909.
- PATOIR. — *Méd. Mod.*, 1897, p. 529, n° 67.
- POUSSON. — *Précis des maladies des voies urinaires*, 1917.
- *Annales génito-urinaires*, 1905, p. 802.
- RAFIN. — *Encyclopédie d'Urologie*, t. II.
- RAYER. — *Traité des maladies du rein*, t. III, p. 648-656.
- SERGEANT. — *Presse Médicale*, 19 nov. 1910.
- SIREDEY. — *Presse Médicale*, 1900, p. 111.
- TUFFIER. — *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, t. VII.
-

